

# Anlage KI

für ein Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft



Zutreffendes  
bitte  
ankreuzen

(3)

Weitere Informationen finden  
Sie zu der jeweiligen Nummer  
in den Ausfüllhinweisen

Die nachstehenden Daten unterliegen dem Sozialgeheimnis (siehe "Merkblatt SGB II"). Ihre Angaben werden aufgrund der §§ 60 - 65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) und der §§ 67a, b, c Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) für die Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) erhoben. Datenschutzrechtliche Hinweise erhalten Sie bei dem für Sie zuständigen Jobcenter sowie ergänzend im Internet unter

[https://www.arnsberg.de/buerger/produkte/buergerdienste/jobcenter/Grundsicherung\\_fuer\\_Arbeitssuchende.php](https://www.arnsberg.de/buerger/produkte/buergerdienste/jobcenter/Grundsicherung_fuer_Arbeitssuchende.php)

Das „Merkblatt SGB II“, die Ausfüllhinweise und weiteren Anlagen finden Sie im Internet unter <https://www.arbeitsagentur.de/download-center>

## 1. Persönliche Daten der Antragstellerin/des Antragstellers

Anrede	Vorname
Familienname	Geburtsdatum
Nummer der Bedarfsgemeinschaft (falls vorhanden)	Kundennummer (falls vorhanden)

## 2. Die Angaben in dieser Anlage beziehen sich auf das folgende Kind unter 15 Jahren in der Bedarfsgemeinschaft (4)

Vorname	Familienname
Geburtsname (sofern abweichend)	Geschlecht
Geburtsort	Geburtsdatum
Geburtsland	Staatsangehörigkeit
Rentenversicherungsnummer (1)	<input type="checkbox"/> Rentenversicherungsnummer ist noch nicht vorhanden und wurde beantragt (bitte nachreichen)

## 3. Persönliche Angaben

<input type="checkbox"/> Ich bin mit dem Kind verwandt.
<input type="checkbox"/> Meine Partnerin/mein Partner ist mit dem Kind verwandt.
Verwandtschaftsverhältnis (bitte eintragen):
Für das Kind wurden für den Monat der Antragstellung bereits Leistungen bei einem anderen Jobcenter beantragt oder von diesem bezogen. Falls ja, legen Sie bitte entsprechende Nachweise vor.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Das Kind ist <b>Schülerin/Schüler</b> . <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Es wurden für das Kind bereits Leistungen für persönliche Schulbedarfe des aktuellen Schuljahres bei einer anderen Stelle beantragt oder von dieser geleistet.

Ja  Nein

Das Kind befindet sich derzeit in einer **stationären Einrichtung (z.B. Krankenhaus)**(11)

Ja  Nein

Dauer der Unterbringung von - bis

Art der stationären Einrichtung

Falls ja, legen Sie bitte eine gültige Bescheinigung über den Aufenthalt und die Dauer vor.

#### 4. Ansprüche gegenüber Dritten

- Ein Elternteil dieses Kindes lebt außerhalb der Bedarfsgemeinschaft. Bitte füllen Sie die Anlage UH3 aus.
- Für das Kind wurde eine Verpflichtungsermächtigung gegenüber der Ausländerbehörde oder der Auslandsvertretung abgegeben (24)

#### 5. Prüfung eines Mehrbedarfs

Diese Angaben sind freiwillig und nur erforderlich, wenn Sie einen Mehrbedarf beantragen möchten.

- Sofern aus medizinischen Gründen eine kostenaufwändigere Ernährung erforderlich ist, füllen Sie bitten **Anlage MEB** aus.
- Sofern das Kind schwanger ist, legen Sie bitte einen Nachweis vor, aus dem der Entbindungstermin hervorgeht (z.B. Foto Mutterpass mit Entbindungstermin zusenden).
- Sofern das Kind regelmäßig einen unabweisbaren, laufenden und nicht nur einmaligen besonderen Bedarf aufgrund besonderer Umstände hat (17). Bitte **Anlage BB** ausfüllen.

#### 6. Kranken- und Pflegeversicherung (25)

- Bitte füllen Sie die Anlage SV aus, wenn das Kind privat oder in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung **freiwillig versichert ist**.
  - Bitte füllen Sie den folgenden Abschnitt nur aus, wenn das Kind bereits das 14. Lebensjahr vollendet hat und legen Sie einen entsprechenden Nachweis über die Kranken- und Pflegeversicherung vor. Alternativ können Sie auch die gültige elektronische Gesundheitskarte des Kindes vorlegen. (z.B. Foto per Email)
- Das Kind ist in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung familienversichert** " und ist in Zukunft pflichtversichert bei (26)
  - der bisherigen Krankenkasse.
  - einer anderen Krankenkasse.

Name der Krankenkasse:

- Das Kind ist oder war zuletzt in der **gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung pflichtversichert** (z. B. durch den Bezug einer Hinterbliebenenrente).

Name der Krankenkasse

Krankenversicherthenummer

**Ich bestätige, dass die Angaben richtig sind.**

Ort/Datum

**Unterschrift** Antragstellerin/Antragsteller  
(bei Minderjährigen: Unterschrift gesetzlicher Vertreterin/Vertreters)